

# La depresión Postparto

**Saioa Valencia Lizarbe**

Director:

**Raúl Cacho Fernández**

Curso académico 2015-2106

Convocatoria de defensa:  
Junio



**Universidad Pública de Navarra**

Facultad de Ciencias de la Salud

## RESUMEN

La depresión postparto es una enfermedad todavía asociada a un cierto desconocimiento por parte de la sociedad. Además, las líneas de investigación que existen en torno a ella son todavía deficitarias si se contrasta con los índices de prevalencia que genera en las mujeres.

El presente trabajo, pretende realizar una revisión bibliográfica a cerca de la información existente sobre la depresión postparto para poder conocer más de ésta. Presenta y describe aspectos sobre la definición y métodos de detección, factores que se relacionan con un riesgo de sufrir esta enfermedad, consecuencias que puede producir en la mujer y su entorno, tratamiento y factores que podrían considerarse como preventivos.

También pretende establecer un perfil de riesgo para una mujer que tenga mayor probabilidad de desarrollar un desorden psicopatológico en el postparto. Para así, detectar de manera precoz o llegar incluso a prevenir con un tratamiento adecuado, casos de depresión.

**Palabras clave:** Depresión postparto, Desórdenes psiquiátricos del postparto, Embarazo, Puerperio, Factores de riesgo.

## ABSTRACT

Postpartum depression is a disease still unknown to a great part of the society. Besides, investigations about this particular subject are quite poor considering the prevalence of this disease on women.

This essay aims to analyze the information existant on postpartum depression in order to learn more about it. It presents and describes aspects about its definition and detection methods, risk factors, possible consequences both on women and their environment, treatment and preventive factors.

It also aims to establish the risk profile of a woman that has higher chances at developing a psychiatric disorder during her postpartum. That way we can make an early detection or even prevent, using the right treatment, cases of depression.

**Key words:** Postpartum depression, Postpartum psychiatric disorders, Pregnancy, Puerperium, Risk factors.

## Contenido

INTRODUCCIÓN .....	4
OBJETIVOS .....	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos.....	5
METODOLOGÍA.....	6
DESARROLLO .....	8
FISIOLOGÍA DEL EMBARAZO.....	8
TRASTORNO DEPRESIVO .....	9
DESÓRDENES PSIQUIÁTRICOS DEL POSTPARTO .....	10
Blues materno o “maternity blues” .....	10
Psicosis puerperal.....	11
Recaída en mujeres con trastorno bipolar .....	11
MÉTODOS DE DETECCIÓN .....	12
FACTORES RELACIONADOS CON LA DEPRESIÓN POSTARTO .....	14
Factores biológicos.....	14
Factores genéticos .....	15
Factores personales .....	15
Factores socio demográficos.....	15
CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO .....	17
BENEFICIOS DEL CONTACTO PIEL CON PIEL Y LA LACTANCIA MATERNA.....	18
Contacto piel con piel.....	18
Lactancia materna .....	19
TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LA DEPRESIÓN PUERPERAL .....	19
Tratamiento farmacológico.....	20
Psicoterapia .....	20
Asistencia psicosocial .....	21
DISCUSIÓN.....	21
Perfil de riesgo en la depresión postparto .....	23
CONCLUSIONES .....	24
BIBLIOGRAFÍA.....	25
ANEXOS .....	28
ANEXO 1 .....	28
ANEXO 2 .....	31
ANEXO 3 .....	32

## INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa de la vida de la mujer en la que se producen numerosos cambios tanto positivos como negativos, que pueden repercutir en ésta de diferentes maneras.

Desde la antigüedad, se ha relacionado la idea de que la maternidad y especialmente este periodo, van ligados a sentimientos de bienestar emocional, felicidad, optimismo etc. Se sabía de la existencia de gestantes con patología psiquiátrica y se conocía que el periodo del postparto o puerperio era quizás algo más vulnerable. Pero la idea predominante no incluía a gestantes que pudieran desarrollar una enfermedad mental (1).

Dentro de la psicopatología, los trastornos del estado de ánimo, especialmente, la depresión; constituyen un problema para la salud pública dada su prevalencia y el grado de discapacidad que genera (2).

La OMS define la depresión como *“trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela, y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio”* (3).

En concreto, la depresión postparto, constituye un Trastorno Depresivo Mayor que se produce en el puerperio de la mujer. Es posible detectarlo hacia la semana cuatro después del parto, presentándose el mayor porcentaje de síntomas alrededor de la semana doce. Sin embargo, puede ocurrir hasta un año después del nacimiento del bebé (4).

La sintomatología principal consiste en la presentación de llanto con facilidad, labilidad emocional, insomnio, irritabilidad, astenia, alteraciones del sueño y apetito etc. También se observan sentimientos de culpabilidad, incluso pudiendo llegar a psicosis y procesos obsesivos compulsivos. Los casos más extremos podrían presentar ideación suicida (2).

Las tasas de prevalencia de la depresión postparto varían en torno al 12-16% según los estudios. Más concretamente, del 3 al 11% de éstas, lo experimenta de manera más grave, lo que suele definirse como Trastorno Depresivo Mayor. Además, es frecuente que se produzcan episodios depresivos a lo largo del embarazo, afectando estos del 9-23% de las gestantes (5).

El presente trabajo pretende hacer una revisión de una parte de la información existente hasta el momento a cerca de esta patología y aspectos relacionados con ella: definición, factores relacionados, complicaciones, tratamiento etc. También busca ampliar los conocimientos sobre este tema, que para mucha gente resulta en parte desconocido y concienciar de la importancia que tiene en la actualidad. Sobre todo, la relevancia de la detección precoz de estos casos.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Este trabajo tiene un objetivo principal que pretende realizar una revisión bibliográfica a cerca de la información existente en la actualidad sobre la depresión postparto.

### Objetivos específicos

- A través de la realización de este trabajo, pretendo observar el nivel de información existente en la actualidad sobre este tema. Tanto en inglés como en castellano, en las principales bases de datos (Medline, Dialnet, PubMed etc.)
- Conocer la definición que aportan tanto el CIE-10 como el DSM-IV para la depresión postparto. Además, valorar la especificidad que se le cede o no a esta patología depresiva en los sistemas de información.
- Definir otros desórdenes psiquiátricos a parte de la depresión, que pueden presentar las mujeres durante el puerperio. Además de describir la sintomatología que producen, el posible origen del desarrollo de éstas y la afectación a su entorno vital.
- Observar y analizar los métodos de detección existentes para la depresión postparto y analizar aquellos que más se utilizan a nivel mundial. También, profundizar en el sistema de valoración que utilizan cada uno de ellos.
- Desarrollar los factores que más se relacionan o aquellos a los que se atribuye un mayor riesgo de desarrollar una depresión puerperal e incidir en la importancia de éstos para crear prácticas de detección precoz.
- Explicar las posibles consecuencias que puede tener un episodio depresivo en el postparto tanto para la mujer que lo padece como para la relación que establece con el bebé y el desarrollo de éste. Sin olvidar de la afectación que puede llegar a sufrir su entorno.
- Conocer los beneficios que tienen el contacto piel con piel inmediato tras el parto y la lactancia materna en la prevención de la depresión puerperal.
- Describir la función de enfermería y del resto del personal sanitario en el tratamiento multidisciplinar que tiene esta patología.
- Acercarme a establecer un perfil de riesgo que pueda ser útil para la detección precoz de esta patología.

## METODOLOGÍA

El siguiente trabajo se estructura en torno a un objetivo principal y una serie de objetivos secundarios.

El objetivo general trata de realizar una revisión bibliográfica de la información existente en la actualidad. Principalmente, he utilizado bases de datos para ello y dos libros de texto.

La búsqueda de información se estructuró de la siguiente manera. En primer lugar, realicé una búsqueda generalista del tema de la depresión postparto para conocerlo a grandes rasgos utilizando como palabras clave “depresión postparto” o “postpartum depression”. Los criterios de inclusión seleccionaban artículos tanto en idioma inglés como castellano, que trataran aspectos relacionados con la depresión postparto de manera generalista, que no tuvieran una antigüedad anterior al año 2010 y con acceso al texto completo.

De esta búsqueda, obtuve diez artículos y me permitió ir observando los temas que más se trataban dentro de la depresión puerperal. Así, pude ir elaborando el índice de contenidos que iba a desarrollar a posteriori.

La segunda búsqueda se realizó de manera más exhaustiva y específica diferenciando por temas, por lo que se requirió mayor periodo de tiempo. Los criterios de inclusión se basaron en lo siguiente: artículos en inglés y castellano con acceso al texto completo, publicados preferiblemente a partir del año 2010 pero en caso de que fuera útil para el desarrollo del proyecto se podría a partir del 2000. También sería criterio, la especificidad del tema dentro de la depresión, es decir, que trate un área en concreto de esta pero que su nivel de complejidad no sobrepasara mis capacidades. Tras realizar la búsqueda obtuve el resto de los artículos y fui desarrollando el trabajo.

Las palabras clave que se han utilizado han sido: “Depresión postparto” “Postpartum depression” “pregnancy” “baby blues” “postpartum psychosis” “postpartum psychiatric disorders” “riskfactors” “piel con piel” “lactancia materna”

Las bases de datos utilizadas han sido: “Medline” “Pubmed” “Biblioteca Cochrane Plus” “Google Académico” “Scopus” “Dialnet” y otros recursos como “Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), “Diagnostic and Statistic Manual (DSM-IV)” y “Organización Mundial de la Salud”.

Uno de los objetivos secundarios pretende acercarse a presentar un posible perfil de riesgo que pueda ser útil para trabajar en la detección precoz de la depresión postparto. La elaboración de este perfil de riesgo se ha hecho a partir de la información que he obtenido de los artículos del apartado “Factores relacionados con la depresión postparto”.

He creído oportuno la inclusión de un análisis de la situación mediante la matriz DAFO, para valorar la necesidad o no de desarrollar actividades como ésta, que trabajan para la detección precoz de la depresión.

ORIGEN INTERNO	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Equipo multidisciplinar</li> <li>-Especialidad de matrona dentro de la enfermería</li> <li>-Existencia de Centros de Atención a la Mujer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Desconocimiento de la enfermedad</li> <li>-Falta de formación del personal sanitario en la depresión postparto</li> <li>-Falta de trabajo en la detección precoz</li> </ul>
ORIGEN EXTERNO	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disposición de las madres a colaborar con el equipo sanitario</li> <li>-Detección precoz disminuye consecuencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La situación económica de la sociedad crea poco dinero para investigación</li> <li>-Creencias erróneas sobre el postparto</li> <li>-Asociación: embarazo - felicidad</li> </ul>

En cuanto a fortalezas, el sistema sanitario goza de un equipo multidisciplinar amplio que puede colaborar en este tipo de prácticas para mejorar la situación de la depresión postparto en la actualidad. Dentro de este equipo existe una figura esencial que es la matrona. La atención que se le da a la mujer durante el proceso del embarazo y puerperio, es liderada en parte por esta figura. Por lo que contamos con una fortaleza importante para poder desarrollar proyectos de control y cuidados de estas mujeres.

Por último, desde hace tiempo se implantaron los Centros de Atención a la Mujer que permiten llevar a cabo una atención más cercana con las pacientes al ser lugares más pequeños que un hospital, en los que tienes unos profesionales de referencia con los que poder crear un vínculo de confianza mayor.

Una de las oportunidades que nos puede llegar a ofrecer el medio externo para poder elaborar proyectos de este tipo es la disposición de las mujeres a colaborar con el equipo sanitario. Es decir, aportar datos cuando los profesionales necesiten, acudir con regularidad a las consultas, tener confianza en el equipo sanitario etc.

En segundo lugar, la detección precoz siempre se ha considerado un elemento importante de la atención en sanidad que puede llegar a disminuir las consecuencias de una enfermedad. De esta manera, detectar casos a tiempo va a ser positivo para las mujeres y el servicio de salud.

Desde la parte negativa, se presentan una serie de debilidades como puede ser primeramente, el desconocimiento de la enfermedad por parte del equipo sanitario. Consecuentemente no se le da toda la importancia que debería. Todavía los profesionales sanitarios no están verdaderamente formados en esta patología y a esto va unido que no se hayan desarrollado todavía numerosas prácticas encaminadas a detectar precozmente casos en riesgo de depresión o aquellos que ya padecen algún trastorno del estado de ánimo durante el embarazo y/o puerperio.



Finalmente, las amenazas que provienen del medio externo, van a constituir un elemento contra el que luchar y trabajar. Actualmente, nos encontramos todavía en una situación económica algo deficitaria en la que el sistema sanitario se ve gravemente afectado y tiene que hacer numerosos recortes. Esto puede afectar a la hora de desarrollar propuestas de salud que impliquen costes económicos que el sistema no puede acarrear.

Además, como se ha relatado en la introducción, desde la antigüedad se ha asociado el embarazo a ideas de positivismo y felicidad. Esto, sumado a las creencias erróneas que existen sobre el postparto crea una concepción alejada de la realidad. Este desconocimiento debe ir desapareciendo para que la consciencia de la sociedad de que existen estos desórdenes psiquiátricos y que le pueden ocurrir a cualquiera, sea un elemento que impulse a llevar a cabo planes de acción.

Todos estos elementos de la matriz DAFO que se han ido mencionando, son explicados y por tanto se comprenden con mayor facilidad tras la lectura del presente trabajo.

## DESARROLLO

### Fisiología del embarazo

El embarazo es un periodo que en condiciones normales dura 9 meses y comienza cuando se unen un óvulo y un espermatozoide en la trompa del aparato reproductor femenino. De esta unión, resulta la formación de un huevo que se traslada hasta el útero, donde proseguirá su desarrollo. Allí permanecerá hasta convertirse en un feto totalmente adaptado a la vida fuera de la placenta (6).

Conviene explicar de manera breve y sencilla éste proceso de desarrollo y transporte del embrión. En primer lugar, sucede la fase de segmentación. En ésta, las células se van dividiendo por mitosis sucesivas y formando otras unidades embrionarias cada vez más complejas. A su misma vez, se va transcribiendo el genoma del embrión (6).

Una vez se ha formado el llamado botón embrionario, se produce el transporte de éste hacia el útero. Comienza desde la trompa, ésta va generando una serie de contracciones permitiendo así que llegue al útero al cuarto día. El embrión se quedará flotando en su interior unos tres o cuatro días hasta proceder a la implantación (6).

Hablamos de implantación cuando la unidad embrionaria se adhiere al endometrio y penetra en los vasos sanguíneos maternos. Es un fenómeno delicado que requiere la modificación del endometrio para que sea posible esta implantación. Finaliza siempre que el huevo ha penetrado completamente en éste y la zona de la superficie por donde lo ha hecho se cubre por un tapón de fibrina tapizada por epitelio (6).

A partir de este momento, se van a ir desarrollando poco a poco todas las estructuras internas y externas principales hasta adquirir características humanas típicas. A esto se denomina: desarrollo embrionario (6).

Tras esto, se formarán los anejos y placenta, además de las membranas ovulares hasta que el embrión se encuentre ya flotando dentro de la cavidad amniótica. Ésta se encarga de rodear y alojar a todo el embrión y anejos, exceptuando el pedículo embrionario, que con su contenido va a pasar a formar el cordón umbilical. Las membranas ovulares a su vez, protegerán al embrión (6).



Durante todos estos procesos que van sucediéndose para el progresivo desarrollo del embrión, el organismo materno sufre numerosos cambios que más adelante se van a relacionar con posibles efectos en la depresión materna (6).

Todos estos acontecimientos que han ido surgiendo hasta la implantación del embrión en el endometrio de la madre, suponen una fase crítica del desarrollo. Se producen una serie de procesos moleculares y de las células gracias a los cambios hormonales de los estrógenos y progesterona entre otros. Se trata de un diálogo continuo entre el organismo de la madre y el del embrión (5).

Se generan procesos de orden autocrino y paracrino, pero también intervienen otros sistemas del organismo. Por ejemplo, se ha observado la participación de citocinas en la fase de implantación. Esto generaría una alteración del estado inmune de la madre ya que cambios en el equilibrio habitual de las citocinas aumenta la reproducción de anticuerpos, inhibiéndose así la capacidad de respuesta mediada por células (5).

### Trastorno depresivo

La Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10), define de la siguiente manera el episodio depresivo, código F32:

“En los episodios depresivos típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se haya perturbado, en tanto que disminuye el apetito (7).

Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido (7).”

Tras exponer su definición, la CIE va creando subcódigos para el episodio depresivo según su gravedad y recurrencia o no, pero ninguna de las clasificaciones del mismo hace referencia a un episodio depresivo postparto. Sin embargo, en el código F53 encontramos los “trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte”. Una de las razones que expone para la no inclusión en otros apartados del manual, es la falta o escasez de información además de ciertas características clínicas que no permiten su inclusión en estos (7).

Por otra parte, el Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, conocido como DSM, tampoco expone una categoría específica para definir la depresión postparto. La considera como un trastorno depresivo, con la única diferencia de que éste tendría su inicio en el postparto (8).

Específicamente, la depresión puerperal, obtiene unas cifras en torno al 13% de la población. Es una enfermedad grave, en la que la mujer puede presentar algunos de los síntomas previamente indicados por El CIE-10: tristeza, ansiedad, baja autoestima, insomnio, anhedonia etc (9).

Las diferencias entre este trastorno depresivo y el que puede sufrir la población general radican además de en el momento de la vida en el que se presenta, en los factores de riesgo que conlleva el embarazo de una mujer y las consecuencias que pueden tener tanto para ella como para su hijo y entorno. Además, existe el hándicap, de que si la mujer desea llevar a cabo la lactancia materna, habría que valorar a conciencia la toma o no de determinados medicamentos ya que pueden llegar al niño a través de la leche materna y no ser buenos para éste (9).

### Desórdenes psiquiátricos del postparto

La depresión postparto, dentro de los desórdenes mentales que se producen en el puerperio, es quizá uno de los que más se escucha. Sin embargo, no es el único.

A continuación se exponen una serie de estados, patologías o desórdenes de salud que pueden suponer un riesgo tanto para la madre como para el niño y su entorno (10).

### Blues materno o “maternity blues”

Se trata de una fase de cambios en el estado anímico de la mujer, una vez ésta ha dado a luz. Normalmente, sucede durante los diez primeros días tras el parto siendo el pico de síntomas en torno al tercer y quinto día. La sintomatología se caracteriza por una labilidad emocional predominante, presentan periodos de llanto intercalados con irritabilidad, confusión y ansiedad. A pesar de esto, no se trata de una entidad que las imposibilite en cuanto a funcionalidad y relación con su entorno social (10).

La prevalencia aproximada oscila en torno al 40-60%, pero dado que no están plenamente establecidos los criterios para diagnosticar un blues materno, estos datos podrían ser variables (11).

Una de las teorías que explican que ciertas mujeres padezcan el blues materno, se inclina hacia orígenes de tipo psico-social. La maternidad es un periodo de cambios, tanto en la vida de la madre como en el entorno de ésta, en la que influyen una serie de factores culturales, biológicos, tradicionales e incluso económicos. Por ejemplo: el miedo al fracaso, a problemas de salud, la miscelánea de opiniones que los padres reciben del entorno etc (11).

Si además se suman todos estos elementos del entorno, a los cambios hormonales que sufre la madre previamente mencionados, deriva en ese estado de debilidad emocional que algunas mujeres experimentan (11).

Esta fase suele durar aproximadamente dos semanas, pero también la situación puede empeorar y derivar en una depresión postparto. Por esta razón, debe existir conciencia en el ámbito sanitario de que algo que se pensaba como banal y transitorio puede tener consecuencias mayores. Ante esto, el control de estas mujeres debería ser continuo mientras sea posible (10).

### Psicosis puerperal

Se trata de una enfermedad mental grave que constituye una emergencia psiquiátrica y obstétrica. Las mujeres que padecen esta patología, presentan ideación delirante, alucinaciones visuales, auditivas y confusión. Además, son incapaces de distinguir la realidad de lo que es producto de su mente. Algunos de los pensamientos que se suelen generar son: que sus hijos son criaturas divinas con un legado especial, ellas son las “elegidas” o incluso que su entorno quiere dañar al bebé. Pero no existe un patrón único de comportamiento (12).

En los episodios de psicosis, algunas mujeres presentan altos niveles de energía con sentimientos de euforia y pensamientos fugaces. En contraposición, otras presentan sintomatología de tipo depresiva con sentimientos de falta de apoyo, falta de autoestima, desesperanza... Incluso existen casos en los que se intercalan periodos de alta energía con esos sentimientos de desesperación (12).

Normalmente, la psicosis puerperal comienza en las primeras semanas tras el parto y se sucede de un deterioro brusco de la sintomatología. Su causa suele ser de origen psiquiátrico, pero siempre se debe descartar la posibilidad de que sea secundario a una infección postnatal, alteraciones de la glándula tiroides, medicamentos etc (13).

El porcentaje aproximado de mujeres que pueden llegar a desarrollar una psicosis postparto es de 0,2-0,4%. Estas cifras, se incrementarían notablemente en casos en los que la mujer padezca un trastorno bipolar (25-50%) o un episodio psicótico previo (70%). A pesar de esto, las pacientes deben ser conscientes de que se puede tratar y llegan a recuperarse de ello (12).

### Recaída en mujeres con trastorno bipolar

Según la OMS, el trastorno bipolar *“se suele caracterizar por la alternancia de episodios maníacos y depresivos separados por periodos de estado de ánimo normal. Durante los episodios de manía, el paciente presenta un estado de ánimo exaltado o irritable, hiperactividad, verborrea, autoestima elevada y una disminución de la necesidad de dormir”* (3). Las mujeres con antecedentes de esta enfermedad, tienen mayor riesgo de sufrir una recaída en el postparto y acompañarse ésta de episodios psicóticos (14).

Estudios realizados en el Departamento de Neuropsiquiatría, Neurofarmacología y Neurobiología de la Universidad de Birmingham a gestantes con trastorno bipolar, confirman ese elevado porcentaje referido previamente, de presentar una descompensación en el postparto. Además proponen, que esto no se debería únicamente a una causa de cese de medicación psiquiátrica (14).

Otros factores que atribuyen a incrementar el riesgo, podrían ser: mayor número de episodios de psicosis o manía previos, trastorno bipolar tipo II, episodios postnatales previos de descompensación, episodio depresivo cercano, historia familiar de psicosis, comorbilidades asociadas, embarazos no deseados... (5).

Por otro lado, observaron cómo las pacientes que tomaban un estabilizador del estado de ánimo durante la gestación presentaban una menor tendencia hacia la recaída (5). Pero hoy en día, el miedo que existe en la población hacia la teratogenicidad de los medicamentos en el feto, lleva a abandonar los fármacos que está tomando la paciente en el momento en el que se entera que está embarazada (4).

Por tanto, se observa la importancia del personal sanitario a la hora de detectar, seguir y asesorar a este tipo de pacientes (4).

### Métodos de detección

La depresión es una enfermedad mental para la cual existe tratamiento. De este modo, es imprescindible un instrumento que sea capaz de detectarla para establecer una solución lo más tempranamente posible.

El número de medidas de detección que existen para la depresión es muy amplio, de esta manera, los diferentes estudios epidemiológicos muestran diferencias en los resultados de la prevalencia de ésta según el instrumento de detección que apliquen. Pero además, existen otros factores causantes de estas diferencias que se observan, como pueden ser: el método de selección de la muestra, el tamaño de ésta y la definición del periodo postparto (15).

Por un lado, existen métodos de diagnóstico estandarizados como pueden ser el DSM (Diagnostic and Statistic Manual), el RDC (Research Diagnostic Criteria) y el Goldberg Criteria, siendo estos dos últimos menos utilizados en los estudios que se realizan. Estos, obtienen prevalencias de la depresión postparto en torno al 12%. Mientras que las medidas de autoinforme, muestran tasas del 14% aproximadamente. Entre éstas destacan: EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), BDI (Inventario de Depresión de Beck) y el ZDI (Inventario de Depresión de Zung) que no se usa tanto para diagnosticar esta patología (15).

Únicamente el EPDS, como el título indica, es específico de la patología puerperal que se está analizando. El resto, se utilizan también para detectarla, pero su uso se amplía además a la detección de un episodio depresivo en la población general (15).

Los más utilizados y que a continuación se presentan son los siguientes:

-El manual **DSM-IV**, es una herramienta que clasifica por códigos todos los trastornos mentales. Presenta una serie de criterios (previamente explicados) para diagnosticar un episodio depresivo mayor, tanto único como recidivante. Además, incluye la opción de clasificar la patología según un nivel de severidad. Pero sin embargo, no existe un código creado únicamente para la depresión puerperal (8).

- El **inventario de Depresión de Beck**, diseñado por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh en 1961. Es una medida de auto informe empleado a nivel mundial. Se encuentra validado en diferentes versiones y traducido a múltiples idiomas, además de haber sido utilizado en alrededor de 2000 estudios empíricos (16). (Ver anexo 1)

Se trata de una escala que detecta sintomatología depresiva y se utiliza tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación. Contiene 21 ítems con cuatro opciones que aumentan gradualmente la intensidad o severidad de los síntomas. Según la puntuación de los resultados, se podrían establecer cuatro subgrupos (16):

- 0-9: estado de ánimo normal
- 10-18: estado depresivo leve
- 19-29: estado depresivo moderado
- 30-63: estado depresivo grave

**-Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D):** creada por Radloff en 1977, se trata de una escala de autoevaluación que evalúa la intensidad de la sintomatología depresiva para poder establecer un diagnóstico. Consta de 20 ítems, que se estructuran en cuatro partes: sintomatología somática, afectivo-cognitiva, el bienestar y las relaciones o el comportamiento interpersonal (17-18). (Ver anexo 2)

A pesar de esta diferenciación, la valoración de la escala debe ser global e interrelacionando las partes. Es decir, una mujer podría hacer por primera vez la entrevista durante el embarazo y valorar la parte somática e interpersonal de manera más negativa que el resto. Sin embargo, en un primer momento, ésta no considera que su salud afectiva esté dañada. Ante una situación como ésta, se debe estar atento o alerta porque puede suponer un riesgo notable de, en un futuro cercano como el puerperio; desarrollar una depresión y que la parte afectiva repunte más tarde (18).

La puntuación va de 0 a 60, situándose el punto de corte en 16. Aunque algunos estudiosos han propuesto que este punto de corte no sería tan adecuado para la población adolescente (17-18).

**-Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS):** diseñada por Cox, Holden y Sagovsky en 1987, es una medida de auto informe que busca detectar depresión materna en el puerperio. Presenta una eficacia elevada, tanto en el entorno intrahospitalario como en Atención Primaria. Se ha probado en numerosos países, ya que está traducida a numerosos idiomas (16).

Es el único instrumento específico del periodo postparto, aunque también se utiliza a lo largo del embarazo. Presenta unos altos valores de sensibilidad y especificidad, 76,7% y 92,5% respectivamente. Consta de 10 ítems que pueden alcanzar una puntuación máxima de 30, situándose el punto de corte en el valor 12. Por tanto, una puntuación mayor sería indicativa de una posible depresión (17) (Ver anexo 3).

En cuanto a este punto de corte, se encuentran discordancias a la hora de establecer el valor exacto para discriminar un episodio depresivo. En los casos en los que los resultados no fueran concluyentes o dudosos, la escala se podría repetir unas dos semanas después (17).

Dentro de los métodos de detección que se han presentado, se encuentran déficits en los que se tiene que trabajar. En el caso de la EPDS y el Inventario de Depresión de Beck, hay errores en la traducción o adaptación al idioma de los diferentes países en los que se usa, pudiendo crear confusión en la comprensión del mensaje (19).

Por ejemplo, en la EPDS la frase “things have been getting on top of me”, traducida al español como: “los acontecimientos se me han venido encima”, quiere dar a entender que la persona se ha sentido abrumada en el inglés británico. Pero si lo traducimos al inglés de algunas zonas de América, pierde su significado inicial. Otro ejemplo que se presenta en el Inventario de Depresión de Beck es con la palabra “restless” que se usa en algunos de los ítems. Ésta puede significar “agitado” “ansioso” “incapaz de enfocar” pero en otros lugares se traduce como “sin descanso” “aquel que no duerme bien” (19).

En conclusión, existe una heterogeneidad en cuanto al uso de escalas de medición o detección del riesgo de enfermedad depresiva que se usan actualmente en la sociedad dado que el consenso es inexistente tanto a nivel estatal como mundial. Además, todavía se encuentran deficiencias en éstas. Y únicamente la EPDS enfoca a las mujeres que se encuentran en el periodo puerperal y no a toda la población de manera generalista (19).

### Factores relacionados con la depresión postparto

El riesgo que existe de desarrollar un episodio depresivo durante los meses posteriores al parto, se incrementa al triple respecto al riesgo que puede existir durante el resto de la vida; y son numerosas las causas que pueden contribuir a esto. Numerosos estudios han intentado vislumbrar con mayor o menor éxito las causas o factores que más se relacionan con el desarrollo de esta patología en las mujeres. Sin embargo, todavía no existe un acuerdo que exponga las causas exactas para ello (20).

La mayoría proponen que se trata de una interacción de diversos factores que sitúan a la mujer en una situación de vulnerabilidad. Y también, sugieren de la importancia de realizar estudios sobre este tema, partiendo de la base de que una vez se conozcan las posibles causas o elementos que más nexo presentan con la depresión, se pueden implementar medidas de detección precoz (21).

Estas medidas, tendrían vital importancia para prevenir las posibles consecuencias que se derivan de un episodio de este tipo y que en los siguientes apartados serán expuestas.

Los factores que con mayor frecuencia se observan en los estudios realizados, podrían ser diferenciados en una serie de subgrupos. En primer lugar, se encuentran aquellos que son intrínsecos a la persona.

### Factores biológicos

El embarazo es una etapa en la que el organismo de la mujer se prepara para anidar y desarrollar al feto. Para que esto progrese de manera adecuada, se producen una serie de **cambios hormonales**. Una vez llega el momento del parto, se experimenta un declive hormonal abrupto. En concreto, de los estrógenos y la progesterona (22).

Cada mujer responde de una manera a este descenso, es decir, a algunas les afecta más y notan cambios en el estado de ánimo, mientras que otras mujeres no refieren ninguna sensación atípica (22). Este estado que experimentan, con sintomatología típica de llanto, irritabilidad y ansiedad podría ser una de las explicaciones que conducen al “blues materno” previamente desarrollado.

Otro factor que se ha visto que podría tener relación con el desarrollo de la depresión postparto es el **Síndrome Premenstrual**. Se trata de un fenómeno que puede suceder a las mujeres unos siete a diez días previos a la menstruación, caracterizado por un conjunto de síntomas físicos y psíquicos como: cansancio generalizado, irritabilidad, cambios en el humor, tensión, ansiedad... Además, se produce cierto deterioro de la actividad social y funcional secundario a esta sintomatología (23). Las mujeres que presentan este síndrome, tienen mayor tendencia que el resto a desarrollar un episodio depresivo postparto. Se ha propuesto como teoría a estas alteraciones del estado

anímico, la interacción que generaría la disminución de los niveles de estradiol con la transmisión de la serotonina (23).

### Factores genéticos

Los **antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica** es uno de los elementos que más se relaciona con el riesgo de desarrollar la depresión postparto en los diferentes estudios realizados (20-23). En concreto, un estudio observó como la variante del gen C677T de la metilentetrahidrofolato reductasa, se relacionaba con el estado de ánimo depresivo durante el periodo del embarazo (21).

Sin embargo, aunque cada vez las enfermedades de salud mental son más conocidas por la población, sigue existiendo cierto reparo o tabú hacia ellas. Por ejemplo, las mujeres que acuden a la consulta de la matrona, podrían sentirse incómodas a la hora de comentar que su padre tuvo esquizofrenia o su madre una psicosis postparto. De esta manera, a veces los antecedentes familiares psiquiátricos pueden quedar encubiertos (24).

### Factores personales

Dentro de los factores personales, juegan un papel muy importante los **antecedentes personales** de la mujer. Por ejemplo, aquellas que han sufrido a lo largo de su vida algún episodio depresivo, tienen un riesgo aumentado del 25 al 40% de que éste se produzca de nuevo en el postparto (25). Y todavía el riesgo se incrementa más, en los casos en los que se producen episodios de ansiedad o incluso de depresión durante los nueve meses del embarazo (20,26).

Estudios realizados por un grupo de matronas del Institut Català de la Salut (ICS), observaron cómo mujeres que habían mantenido durante el embarazo unas cifras en torno a 9 en la EPDS, quizás por ciertos niveles de ansiedad, presentaron un incremento de las puntuaciones en el puerperio (27).

Además, aquellas que padecen **patología psiquiátrica** obtienen unos índices de riesgo mayor, ya que puede ocurrir que ésta se descompense (26). Una de las causas puede ser el hecho de que el miedo a los efectos perjudiciales de los medicamentos en el feto, le hagan abandonar la medicación sin consultar a un profesional sanitario previamente (13).

El deseo o no del embarazo por parte de la madre, puede verse relacionado con el hecho de que éste afecte al buen estado de su salud mental (24,26). Un embarazo no deseado, puede desencadenar sintomatología ansioso-depresiva sobre todo en el primer trimestre, al no tolerar de manera adecuada la noticia inesperada. Pero también, se ha propuesto que en algunas mujeres estos niveles de ansiedad disminuyen conforme avanza el embarazo (24).

Por otro lado, podemos encontrar una serie de factores extrínsecos socio-demográficos que pueden presentar una relación con la depresión puerperal:

### Factores sociodemográficos

Ciertos estudios se plantean si la **paridad** de la mujer podría tener influencia en cómo toleran el embarazo y el postparto, y si pueden desarrollar por esa causa un estado depresivo con más facilidad que otras (21,25-26). Se ha sugerido que quizás las primíparas, por el hecho de ser el primer embarazo presentan niveles de ansiedad mayor.



Sin embargo, tienden a relacionarlo más con los niveles de ansiedad durante el embarazo que con la depresión (26).

En confrontación a esta teoría, otros proponen que las multíparas, es decir, aquellas que tienen más hijos que el del embarazo actual, presentan más riesgo que las que no (21) o presentaban una mayor puntuación en la EPDS (25).

Otro factor que a menudo se relaciona con el riesgo de desarrollar esta patología, es la **edad** de la gestante (24). Sin embargo, entre los estudios revisados, el tema de la edad presenta bastante ambivalencia y los estudios limitaciones.

Se ha propuesto que las mujeres que se quedan embarazadas a edades más tempranas, pueden llegar a presentar mayores incidencias de depresión postparto que las que tienen mayor edad, sobre todo en los casos de adolescencia (24).

Por otro lado, el **nivel socioeconómico** constituye una variable en la que los estudios muestran resultados similares. Una economía personal o familiar precaria, personas con dificultades o ya en situaciones de pobreza, se asocian con un mayor riesgo de sufrir una depresión postparto (21,24,26-27).

Un tema al que los estudiosos dan verdadera importancia es el **apoyo social** que recibe la mujer tanto a lo largo del embarazo como en el puerperio. La EPDS mostraba como puntuaciones superiores a doce, hacían referencia a una falta de apoyo emocional tanto de sus parejas, familia, amigos etc. Es decir, no se trata solo del apoyo marital sino de todo el entorno que rodea a la mujer en este periodo (24).

Sin embargo, otros se han centrado en que la causa relacionada con mayores índices de depresión sería el estado civil: "soltera". Pero se ha visto que no es el hecho de no tener pareja durante el embarazo. Puede darse el caso en el que la mujer esté casada, pero la relación que mantenga no sea de buena calidad o tengan problemas emocionales (24).

Por tanto, se trata de un conjunto de elementos los que conforman esa red de apoyo a la mujer: una pareja como fuente principal de ayuda, la figura de la madre como asesora y vividora previa de esa experiencia (27), y los profesionales sanitarios que la atienden en esta etapa. Se trata de promover ese apoyo, para evitar llegar a una situación de enfermedad, ya que este podría ser un factor modificable (21).

Esta red de apoyo, podría además servir de ayuda en momentos de **situaciones vitales estresantes**. Es otro de los factores que pueden relacionarse con la depresión postparto (21). Entendiendo situación vital estresante, como la enfermedad o muerte de un ser querido, enfermedad de la propia mujer, despido del trabajo, historia de abusos etc. Aquellas mujeres que lo sufren, pueden no saber responder de manera adecuada, incrementándose así sus niveles de estrés y ansiedad y pudiendo derivar estos en una depresión (24).

También, aspectos relacionados con una enfermedad del feto o recién nacido: retraso en el crecimiento intrauterino, malformaciones o ingreso en la unidad de neonatología suponen un fuerte impacto para los padres. Pueden llegar incluso hasta a auto inculparse de ello y afectar por tanto, a su salud (22).

Con todo esto, se observa que existen numerosos factores de riesgo o elementos que indican cierta relación con el desarrollo de un estado depresivo tras el parto o durante el embarazo. Sin embargo, debemos tener en cuenta que muchas veces la sintomatología

que pueda presentar la madre puede estar enmascarada y el diagnóstico ser complejo (24).

Es decir, muchas veces la mujer presenta cambios en el apetito y anhedonia y esto se atribuye directamente a las modificaciones que produce el embarazo, sin pensar mínimamente en un problema de salud mental. Generalmente, la tónica es dar mayor prioridad a los problemas de salud físicos o atribuir todo a lo somático (24).

### Consecuencias de la depresión postparto

Las notables prevalencias que existen para la depresión puerperal crean la necesidad de conocer las consecuencias que ésta puede tener tanto en la madre como en el entorno que la rodea (28). En concreto, la mayoría de estudios que se realizan para tratar este tema se centran en los efectos negativos o repercusiones que puede tener en el niño (1,24, 28-30).

Una depresión durante el embarazo se ha asociado con mayor tasa de partos prematuros, retraso en el crecimiento intrauterino, bebés con bajo peso al nacer etc. Sin embargo, aquella que se produce una vez se ha dado a luz, tiene quizás efectos más a largo plazo que la anterior (28).

En primer lugar, los descendientes de madres que han sufrido un episodio depresivo en el postparto tienen una mayor tendencia a padecer también problemas emocionales sobre todo, una depresión a lo largo de su vida. A estos problemas emocionales se suman los problemas de la conducta que pueden llegar a desarrollar (1,24, 28-29). En concreto, se observan unas cifras de riesgo del 48% frente al 15,2% de la población general (28).

Entre los problemas conductuales destacan alteraciones del comportamiento como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), temperamento más difícil, mayores dosis de impulsividad y agresividad y además trastornos cognitivos (24,29).

También se puede ver afectado el vínculo materno-filial que se establece entre ambos. Las madres con estados depresivos pueden presentar mayores dificultades para interpretar las señales de sus hijos y existen discrepancias entre lo que le expresan al bebé y lo que realmente piensan. Por esta causa, se puede observar como los bebés no mantienen el contacto visual y tienen más crisis de llanto que el resto. Esto puede repercutir en que en el futuro tengan mayores problemas de habilidades socio-emocionales y de comunicación (28).

Este vínculo se ve de nuevo afectado, en el tiempo de juego, caricias, afecto que establece una madre en condiciones normales de salud con su hijo, en concreto, presentan mayor dificultad para hacerlo. De esta manera, la comunicación que se establece entre la madre y el bebé quedaría en unos niveles bastante reducidos, con consecuencias negativas para el bebé como retrasos en el habla (29).

Así mismo, se puede ver dañada la calidad del vínculo familiar. Un episodio de este tipo puede llevar a crear confrontaciones o discusiones entre la pareja por el nivel de estrés al que están sometidos ambos. Por esta razón, la relación familiar empeora y también lo hace la calidad de la crianza. Incluso en algunos casos, el estado depresivo de la mujer y

todo lo que éste conlleva, puede hacer que la pareja comience con episodios de ansiedad o sintomatología depresiva (29).

Sin embargo, la figura del padre puede ser un elemento positivizador de esta situación y evitar o disminuir las posibles consecuencias que tenga la depresión de la madre en el entorno que la rodea. Un padre sano, puede llevar a cabo aquellas actividades que la madre no puede realizar en ese momento con el bebé: enfatizar en la comunicación, el apego y el cariño además de ser un pilar de apoyo para la madre (28).

La dificultad que tienen estas madres para que la crianza de sus hijos sea de calidad es mayor. Además, la confrontación de los ideales que habían creado en su imaginación respecto al bebé y al hecho de ser madre con la realidad, puede todavía hacerles la etapa más difícil (28).

Dadas las evidencias sobre las consecuencias que puede llegar a tener una depresión puerperal, es importante incidir en la detección precoz desde el inicio del embarazo. Crear un perfil de riesgo para poder detectar aquellos casos con mayor probabilidad de desarrollarla y prevenir efectos perjudiciales tanto en la madre como en el niño (29).

### **Beneficios del contacto piel con piel y la lactancia materna**

Previamente se han visto numerosos factores que pueden suponer un riesgo para desarrollar episodios depresivos. Sin embargo, el contacto piel con piel y la lactancia materna se encargan de lo contrario. Es decir, pueden llegar a prevenir estas enfermedades según se explica a continuación.

#### **Contacto piel con piel**

El contacto piel con piel consiste en colocar al niño inmediatamente tras el expulsivo sobre el pecho de la madre en decúbito prono. Se le coloca desnudo y seco cubriendo su espalda con una toalla caliente para mantener el calor, estando el pecho de la madre también desnudo. Además, realizar esta práctica tan sencilla va a reportar beneficios para ambos (31).

En primer lugar los bebés que realizan el piel con piel presentan las siguientes ventajas respecto a los que no lo pueden poner en práctica. Tiene efectos beneficiosos en los mecanismos de auto adaptación, mejoran los niveles de oxigenación de la sangre, mantienen mejor las cifras de temperatura corporal para no perder calor, presentan sueños más reparadores y prolongados y comienzan de manera precoz la lactancia materna (32).

Otros estudios han observado que además lloran menos, la regulación y adaptación a la nueva vida de los sistemas cardiovascular y gastrointestinal presenta menos problemática, pueden llegar a sentir menos dolor durante los exámenes y pruebas médicas que se les realiza y además esta lactancia que se inicia de manera temprana, se mantiene durante más tiempo (33). Incluso a largo plazo podrían llegar a presentar beneficios en el desarrollo infantil (31).

En cuanto a los beneficios de la madre, reduce los niveles de ansiedad y depresión en el puerperio (31-33). En concreto, se realizó un ensayo clínico con madres peruanas y sus recién nacidos, evaluándolas mediante la Escala de Hamilton y la Escala Hospitalaria para

la Ansiedad y Depresión (HAD). Los resultados mostraron que a las 48 horas de vida del bebé, las madres que habían realizado el piel con piel inmediato, presentaban unos niveles de ansiedad y depresión menores que las del grupo control (32).

Otro estudio realizado en Perú, que corrobora estos resultados, mostró como el 33,7% de las madres que no realizó piel con piel tuvo una puntuación en la EPDS mayor que diez, a diferencia de las que sí, que fueron un 18,7% (31).

Además, las mujeres presentan unos sentimientos de auto eficacia más positivos. Es decir, tienen mayor confianza y seguridad respecto a sus habilidades para la crianza y cuidado de su hijo (31-32). Supone disminución de los tiempos del alumbramiento, refuerza el vínculo materno- filial y es un factor que estimula la lactancia aumentando la producción de leche y su duración (32). Se trata un momento de relajación y tranquilidad tanto para la madre como para el bebé y mejora la interacción entre ambos (33).

Es una práctica muy sencilla, no invasiva y por los resultados que se han visto muy útil por el impacto beneficioso tanto físico como mental que proporciona a las dos partes. Tampoco conlleva mucho trabajo ni costes para la sanidad, sino que podría reducirlos. En los casos de riesgo de desarrollo de episodios de ansiedad o depresivos en el postparto, podría ser una estrategia de intervención para disminuir el riesgo (31,33).

#### **Lactancia materna**

La lactancia por tanto, a su vez está íntimamente ligada con el contacto piel con piel. También mejora los sentimientos de confianza y autoestima materna, favoreciendo la relación que se establece entre la madre y el bebé y a su vez fortaleciendo el vínculo y el apego entre ambos. Todo esto influye en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión (34).

Además, estudios realizados en diferentes países mostraban como en los casos en los que la lactancia se abandonaba de manera precoz o ni siquiera se iniciaba, las tasas de sintomatología ansiosa- depresiva eran mayores (35).

#### **Tratamiento multidisciplinar de la depresión puerperal**

A lo largo del presente trabajo, se ha podido observar la relevancia y complejidad que tiene esta patología y cómo puede afectar a distintos ámbitos de la salud, no sólo de la persona que la sufre sino del entorno que la rodea: hijo, pareja y resto de familiares. Por tanto, como profesionales sanitarios, tenemos que emplearnos a fondo para conseguir resultados beneficiosos para las madres.

Para ello, el tratamiento debe ser multidisciplinar y holístico. En primera instancia multidisciplinar, es decir, que participen en él: matronas, enfermeras, obstetras, ginecólogos, psiquiatras, psicólogos, pediatras y trabajadores sociales. Y holístico, en cuanto a que tiene que abarcar muchos ámbitos de la persona: social, psicológico, biológico etc (36).

Los profesionales de medicina deben de estar preparados y formados para establecer un diagnóstico preciso, intentando evitar sesgos en éste, ya que podría llevar a errores importantes del tratamiento. Por ejemplo: una mujer que se piensa que tiene un episodio depresivo, se le pautan antidepresivos típicos para esto y sin embargo lo que padece es

un trastorno bipolar. Éste proceso se podía ver agravado por el hecho de tomar esa medicación y desencadenar episodios de psicosis o incluso una fase maniaca (36).

El personal de enfermería, en concreto, la enfermería especialista en ginecología y obstetricia, más conocida como matrona, tiene uno de los papeles más importantes en la detección precoz y tratamiento de la mujer deprimida. Es el profesional sanitario que más tiempo pasa con ella, durante todo el embarazo, el parto y el puerperio incluido (27).

Por esta razón, la matrona tiene un papel muy importante que es la detección de casos para poder prevenir o disminuir consecuencias (27). Además, nuestra formación como enfermeras en conocimientos de salud mental, habilidades interpersonales, educación, prevención y detección temprana es vital, respetando siempre los límites profesionales. Formamos parte de un equipo de trabajo del que ayudarnos en casos en los que se salgan de nuestras competencias (37).

Los casos que no hayan podido ser detectados a tiempo deben seguir una línea de tratamiento específica, ya que aunque la enfermedad que padecen sea la misma, cada una presenta sus propias peculiaridades. A pesar de la especificidad, todos podrían seguir tres ejes principales (36):

#### Tratamiento farmacológico

Se trata de una parte que corresponde a los profesionales de la medicina (psiquiatras) que consiste en la pauta de fármacos necesarios para la mujer en ese momento, considerando diferentes aspectos de la persona. Uno de los aspectos que quizás les dificulta más la línea de tratamiento es la lactancia (36).

Todas las medicaciones conllevan efectos secundarios y en este caso ocurre lo mismo, solo que no solo podrían afectar a la madre sino también al bebé. Muchas veces, se recetan antidepresivos teniendo en cuenta la posibilidad de estos efectos, por esto mismo, se trabaja de manera continuada con un pediatra. Éste se encarga de controlar que el crecimiento del bebé siga las líneas normales y que el desarrollo psicomotor sea adecuado para su edad (36).

#### Psicoterapia

Se trata de una parte muy importante del tratamiento que se realiza de manera ambulatoria por un psicólogo siempre que las condiciones de la mujer lo permitan. La psicoterapia trata de enfocar las causas que originaron ese cuadro depresivo y trabajarlas con la mujer (37); por esta razón, se prefieren intervenciones personales a terapias grupales (27).

Se incide en la desculpabilización de la mujer ante lo que está sintiendo y los pensamientos que suceden a diario en su cabeza. Se le explica el cuadro que está padeciendo, la transitoriedad de éste y se refuerza la idea de que existe la recuperación completa, aunque el tiempo para ésta puede variar (37).

En los casos en los que la psicoterapia se utiliza como medida de prevención en vez de tratamiento, reporta mayores beneficios el hecho de que sea exclusiva para aquellas mujeres que presentan un riesgo mayor de presentar un episodio depresivo en el postparto (27).

Además, un estudio realizado en Hong Kong, mostró como las mujeres que acudían a sesiones de psicoeducación durante el embarazo comparadas con aquellas a las que únicamente se les entregaba folletos de información rutinaria; presentaron una reducción del nivel de síntomas depresivos y mayores habilidades aprendidas (37).

### Asistencia psicosocial

Esta parte de la asistencia se lleva a cabo por personal de enfermería, matronas y otros profesionales. Se trata de pasar a ser un apoyo principal para la madre, establecer una relación de confianza y constituir una referencia que le permita conocer las opciones de ayuda disponibles en el sistema sanitario. Quizás la matrona, es la que mayor papel ejerce en esta parte del tratamiento por la continuidad de visitas a lo largo del embarazo (36).

Además es importante reforzar el apoyo social externo de la mujer, tanto de amigos como familiares, intentando que estos también participen en el proceso de ayuda. No debemos olvidar tampoco la figura de la pareja, que en muchos casos se encuentran desamparados del tratamiento y ellos lo sufren de cerca (36).

La matrona debe aplicar aquí todos esos conocimientos que puede abarcar la enfermería tanto de nutrición, relajación, conversación, salud mental y física, para ayudar a la mujer en lo que pueda y también si es posible, animarla a participar en grupos de apoyo (36) etc.

## DISCUSIÓN

La búsqueda, lectura y revisión de artículos para la realización del presente trabajo, me ha permitido constatar en qué nivel se encuentra este tema en la actualidad. Primeramente, el nivel de información que existe; pero además, el conocimiento o la cultura de la sociedad hacia este problema, la formación de los profesionales y los métodos de prevención, diagnóstico o tratamiento etc.

En cuanto al nivel de información, conforme realizaba búsquedas bibliográficas he observado que el número de artículos o líneas de investigación dedicadas a tratar la depresión postparto no era muy prominente. Y dentro de los que existían, siempre superaban el número los estudios realizados en inglés a aquellos que se encuentran en castellano.

El número de estudios en lengua castellana realizados en España todavía era menor comparado con los que se llevan a cabo en América Latina (Chile, Perú...). Por lo que bajo mi punto de vista, existe todavía la necesidad de seguir investigando y estudiando la depresión postparto, sobre todo en nuestro país.

Respecto a la definición de la depresión puerperal, en los diferentes sistemas de información como el CIE-10 y DSM-IV, no he encontrado una definición independiente para la depresión postparto. Sin embargo, sí que existen subcódigos para la depresión y en concreto para aquella que se produce en el puerperio. Esto podría interpretarse de la siguiente manera: se trata de un episodio depresivo como el resto, solo que se produce específicamente en ese periodo de tiempo.

Una de las conclusiones que no he podido llegar a resolver, es si verdaderamente se podría tratar como un episodio depresivo más, o si en cambio, debería tratarse como una entidad clínica aparte.

Siguiendo en la línea de las definiciones, si preguntas a la población que sentimientos utilizarían para definir el embarazo y el puerperio, estos estarían llenos de adjetivos de felicidad y positivismo, exceptuando los casos que hayan sufrido un episodio depresivo postparto previo.

Pues bien, la creencia general es que el nuevo hijo solo puede traer felicidad a la madre y a su entorno. Sin embargo, muchas veces la situación queda muy lejos de lo anterior. Pienso que el empoderamiento de la población, el hecho de que conozcan la realidad, comprendan su importancia y la necesidad de ayuda que puedan llegar a tener las mujeres que sufren una depresión puerperal, puede ser un paso hacia adelante en la posición que ocupa esta patología en la sociedad actual.

A pesar de que la mentalidad de la sociedad ha avanzado mucho, todavía no lo ha hecho lo suficiente. Las enfermedades de salud mental, como la esquizofrenia, trastorno bipolar o mismo la depresión, todavía conllevan cierto tabú. Como se ha expresado previamente en el trabajo, estos tabúes pueden limitar que la persona exprese con libertad la enfermedad que tiene o lo que puede estar sufriendo en un determinado momento.

Así pues, se vería afectada directamente la detección precoz de un riesgo de depresión postparto, o dificultada la capacidad para poder diagnosticarla. Estos tabúes lo único que hacen es frenar la ayuda que pueden recibir estas mujeres y que puede serles realmente útil.

Tras realizar el trabajo, me he dado cuenta de la importancia que tendría la detección precoz de los casos que suponen un alto riesgo para desarrollar una depresión puerperal. Cuando una mujer, en la semana tres de postparto continúa con episodios de llanto frecuentes, irritabilidad, pensamientos extraños o incluso sufre eventos de psicosis te planteas si se podría haber hecho algo para evitar llegar a esa situación.

Pienso que se puede hacer mucho por ellas y para ello habría que empezar por el principio, detectando aquellas mujeres que presentan más riesgo de sufrirlo. El apartado “Factores relacionados con la depresión postparto”, hace referencia a los numerosos elementos que los estudios relacionan con un incremento del riesgo.

La variabilidad de estos factores entre los diferentes estudios, muestra como todavía no se ha llegado a un consenso sobre estos. Sin embargo, hay ciertos agentes que se nombran en la mayoría.

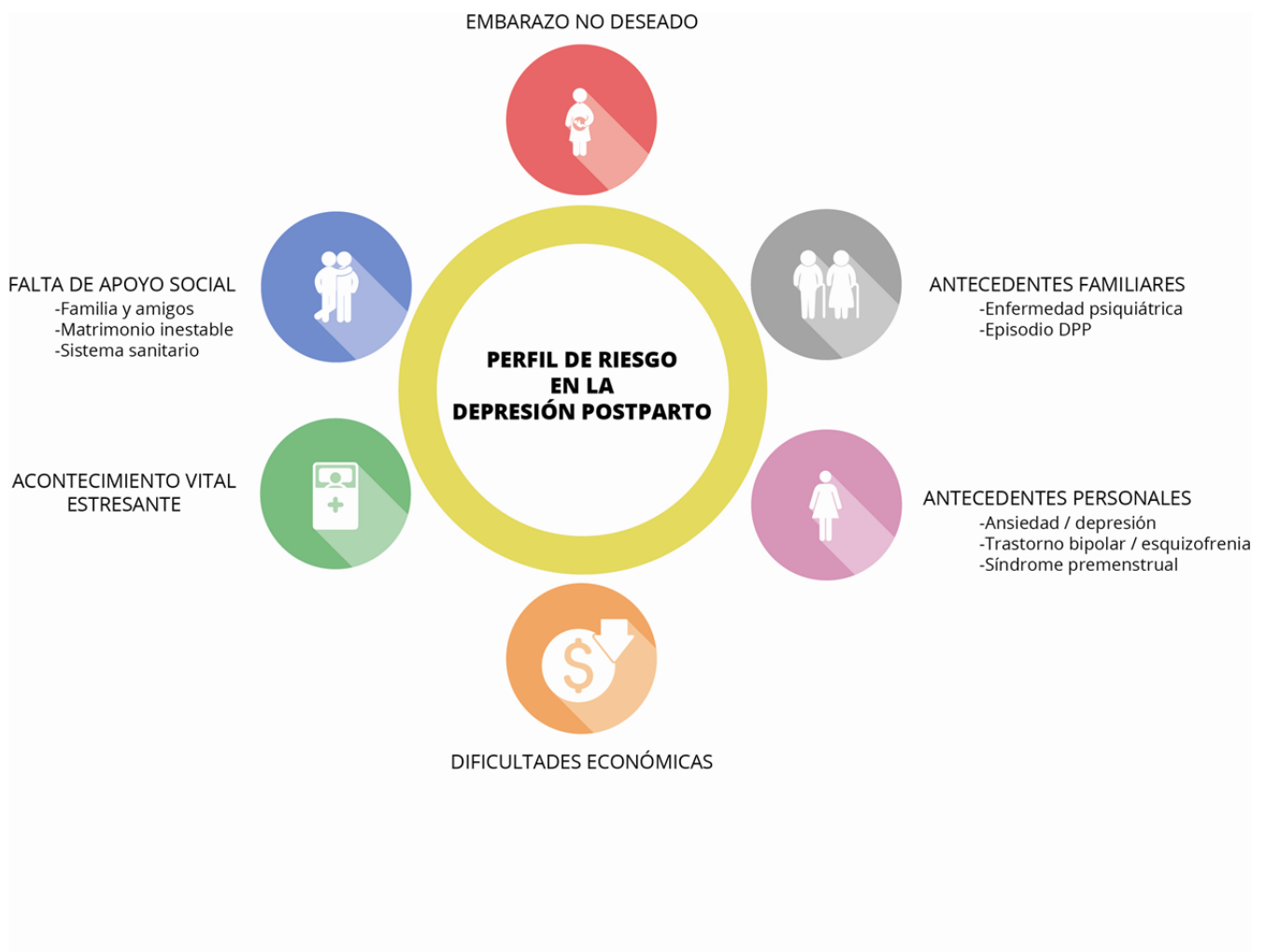
Por esta razón, he desarrollado un gráfico que incluye estos factores que más aparecen en los diferentes artículos revisados. Éste sería susceptible de inclusión en las consultas de los Centros de Atención a la Mujer, especialmente la matrona y el ginecólogo-obstetra, que son quienes más control tienen de la mujer durante el embarazo. Sin embargo, sería lícito extender su uso al resto de profesionales sanitarios.

Podría utilizarse como póster tamaño DIN A4 o incluso un tamaño menor de manera que pudiera estar siempre a mano del profesional para consultarlo. Sería pertinente de uso en la primera visita de la gestante, acompañado de una entrevista clínica que nos permita acercarnos a valorar esos factores que aparecen señalados como de riesgo. Sin embargo, durante las visitas que se realizan a lo largo de los nueve meses del embarazo y en el



puerperio, también estaría indicado consultarlo. Ya que como veremos a continuación, hay factores que quizás no podamos valorar en la primera visita sino que necesitamos saber más de la mujer. Además otros factores, pueden ocurrir ya en el puerperio.

A continuación, se presenta el póster y una breve explicación de éste:



### Perfil de riesgo en la depresión postparto

Este gráfico simula los factores que más se relacionan con el aumento del riesgo de desarrollo de un episodio depresivo postparto. Los iconos representan de manera gráfica y visual la parte escrita, para poder conocer la información de manera más rápida que parándose a leerla. Esto puede ser útil por ejemplo, durante la entrevista clínica para oírla conforme la paciente va respondiendo a las preguntas.

Comenzando por los polos del gráfico, aparecen el embarazo no deseado simbolizado con una mujer embarazada y las dificultades económicas de la protagonista, con el icono del

dinero. Siguiendo arriba a la derecha, se encuentran los antecedentes familiares, representados por una pareja de ancianos. El facultativo deberá tener en cuenta los antecedentes psiquiátricos de la mujer y si alguna de sus antecesoras, especialmente la madre; sufrió algún episodio depresivo tras el parto.

Los antecedentes personales de la mujer se simbolizan con un icono de la misma. Representa a mujeres que hayan tenido un episodio depresivo o de ansiedad durante su vida, en embarazos pasados o en el actual. Aquellas con esquizofrenia o trastorno bipolar y las diagnosticadas de síndrome premenstrual.

Siguiendo por el lado izquierdo, se encuentra simbolizada la falta de apoyo social con dos monigotes, uno abrazando al otro. Hace referencia a la falta de apoyo social tanto de la familia como de amigos. Ésta puede ser tanto durante el embarazo, como una vez ya tengan a su hijo. La inestabilidad del matrimonio, la falta de apoyo o ayuda en las labores por parte de la pareja y las frecuentes discusiones con ésta pueden ser un factor que aumente el riesgo de alteraciones en el estado de ánimo. Y por último, una falta de apoyo del sistema sanitario. Ésta, puede hacer referencia a mujeres que padecen una enfermedad psiquiátrica y que no están siendo seguidas de cerca, que no se les han explicado aspectos de su medicación y la interacción con el embarazo, aquellas que ya se encuentran en una situación de ansiedad y todavía no han recibido ayuda para ésta o puérperas que no reciben educación maternal.

Y para terminar, aparece representado mediante un enfermo en la cama de hospital, lo que puede ser un “acontecimiento vital estresante”. En esta categoría podrían estar incluidos la muerte o enfermedad importante de un ser querido, retrasos en el crecimiento del bebé, ingreso de éste en la unidad de neonatos etc.

Tras valorar con el póster el número de iconos en los que vemos reflejada a la mujer, podemos constatar el nivel de riesgo que existe e implementar actividades para la prevención. En casos en los que se detectara que ya está presente un problema de salud mental, se comenzaría con el tratamiento para evitar agravamientos.

Por último, bajo mi punto de vista es muy importante seguir estudiando ésta patología, tanto sus causas como líneas de prevención o tratamiento. Este trabajo ha mostrado las consecuencias tan negativas que puede tener tanto para la madre y su entorno como para el bebé padecer una depresión postparto, y está en manos de los profesionales sanitarios trabajar para evitarlas.

## CONCLUSIONES

- La depresión postparto no recibe todavía la suficiente importancia que requiere dadas las consecuencias que puede llegar a generar.
- El sistema sanitario dispone de un equipo multidisciplinar amplio y formado del que nutrirse para tratar a las mujeres con depresión puerperal.

- La unificación de criterios para establecer un perfil de riesgo tipo y poder actuar en la detección precoz de la depresión o incluso en la prevención de ésta, es vital.
- Poner en marcha medidas de detección precoz de factores de riesgo e implantar un tratamiento psicoterápico y educacional a tiempo, puede prevenir posibles casos de depresión puerperal.
- Hay que fomentar y educar a los servicios de atención materno-infantil sobre conductas como la lactancia y el contacto piel con piel, ya que pueden suponer elementos reductores de los niveles de ansiedad y la sintomatología depresiva.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio Depression in pregnancy and the puerperium. 2010;48 (4):269-78.
2. Rojas G, Fritsch R, Solís J, González M, Guajardo V, Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. Revista Médica Chilena. 2006;134 (6):713-20.
3. OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud World Health Organization; [citado 25 de abril 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
4. Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión postparto. Realidad en el sistema público de atención de salud. Revista Chilena Obstétrica Ginecológica. 2003;68 (6):491-4.
5. Reece A, Hobbins JC. Obstetricia Clínica. 3ª edición. Buenos Aires, Argentina; 2010. p. 1022-34.
6. Usandizaga J, De la Fuente P. Obstetricia. 4ª Edición. Madrid, España; 2011. p. 65-73.
7. Episodio depresivo [Internet]. eCIE-Maps - CIE-10-ES Diagnósticos; [citado 25 de abril 2016]. Disponible en: [https://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index\\_10\\_mc.html](https://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html).
8. Episodio depresivo [Internet]. DSM-IV Psicomed; [citado 25 de abril 2016]. Disponible en: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv6.html#2>.
9. Schmitt J. Depression During and After Pregnancy. Department of Health and Human Services. USA; 2009;1-5.
10. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. Indian Journal of Psychiatry. 2015; 57 (2):216-21.
11. Contreras-pulache H, Mori-quispe E, Lam-figueroa N, Materno B. El blues materno. Contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación. 2011;15 (2):1-3 .
12. Berrisford G, Lambert A, Heron J. Understanding postpartum psychosis. Community Pract J Community Pract Heal Visit Assoc. 2015;88 (5):22-3.

13. Jones I, Chandra S, Dazzan P, Howard L. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet*; 2014;384:1789-99.
14. Doyle K, Heron J, Berrisford G, Whitmore J, Jones L, Wainscott G, et al. The management of bipolar disorder in the perinatal period and risk factors for postpartum relapse. *European Psychiatry*.2012;27 (8):563-9.
15. Ascaso C, Garcia L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Jesús M. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Medicina ClínicaBarcelona*; 2003;120 (9):326-9.
16. Maroto G, García M, Fernández A. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *International Journal of Clinicaland Health Psychology*. 2005;5 (2):305-18.
17. Alvarado R, Guajardo V, Rojas Graciela. Validación De La Escala De Edimburgo Para Embarazadas. *Universidad de Chile*; 2012.
18. Knight R, Williams S, McGee R, Olanan S. Psychometric properties of the centre for epidemiologic studies depression scale (CES-D) in a sample of women in middle life. 1997;35 (4):373-80.
19. Brodey B, Goodman S, Baldasaro R, Brooks-DeWeese A, Elliot M, Brodey I, et al. Development of the Perinatal Depression Inventory (PDI)-14 using item response theory: a comparison of the BDI-II, EPDS, PDI, and PHQ-9. *Archive of Womens Mental Health*. 2015;307-16.
20. Abdollahi F, Rohani S, Sazlina GS, Zarghami M, Azhar MZ, Lye MS, et al. Bio-psycho-socio-demographic and Obstetric Predictors of Postpartum Depression in Pregnancy: A prospective Cohort Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2014;8 (2):11-21.
21. Jeong H, Lim JS, Lee MS, Kim SH, Jung IK, Joe SH. The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: Focus on the role of emotional support. *General Hospital Psychiatry*. 2013;35 (4):354-8.
22. The American College of Obstetricians and Gynecologist. La depresión después del parto. Patient education. *Womens health*. 2002
23. Buttner M, Mott S, Pearlstein T, Scott M, Caron P, Ohara M. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Arch Womens Mental Health*. 2014;16 (3):219-25.
24. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2016;191:62-77.
25. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de mujeres deprimidas en el postparto. *Revista Médica Chilena*. 2010;138 (5):536-42.
26. Clout D, Brown R. Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *Journal of Affective Disorders*. 2015;188:60-7.

27. Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. *Matronas Profesión*. 2006;7 (4):5-11.
28. Olhaberry M, Romero M, Miranda A. Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *Summa Psicológica UST*. 2015;12 (1):77-87.
29. Letourneau N, Tramonte L, Willms JD. Maternal depression, family functioning and children's longitudinal development. *Journal of Pediatric Nursing*. 2013;28 (3):223-34.
30. Lasheras G, Farré-Sender B, Serra B. Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Resultados preliminares. *Cuadernos de Medicina psicosomática y Psiquiátrica*. 2014; (109):22-31.
31. Dois A, Lucchini C, Villarroel L, Uribe C. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Revista Chilena Pediatría*. 2013;84 (3):285-92.
32. Rivara G, Rivara P, Cabrejos K, Quiñones E, Ruiz K, Miñano K, et al. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. *Revista Peruana de Pediatría*. 2007;60 (3):140-49.
33. Bigelow A, Power M, Maclellan-Peters J, Alex M, Mcdonald C. Effect of Mother/Infant Skin-to-Skin Contact on Postpartum Depressive Symptoms and Maternal Physiological Stress. *Journal of Obstetric Gynecological and Neonatal Nursing*. 2012;41 (3):369-82.
34. Ageitos ML, Puggin E, Valdés V. *Lactancia*. 6ª edición. 2003. p.192-200
35. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, Trikalinos T, Lau J, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evidence Technolgy Assesment*. 2007;153:1-186.
36. Kennedy HP, Beck CT, Driscoll JW. Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión posparto. *Matronas profesión*. 2003;4 (13):4-18.
37. Suárez Varela I. Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medidas preventiva de la depresión postparto. *Nure Investigation*. 2012; 60: 1-17.

### 5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

1

*Instrucciones:* A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
  - ☐ Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
  - ☐ No me encuentro triste
  - ☐ Me siento algo triste y deprimido
  - ☐ Ya no puedo soportar esta pena
  - ☐ Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
2. Pesimismo
  - ☐ Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
  - ☐ Creo que nunca me recuperaré de mis penas
  - ☐ No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
  - ☐ No espero nada bueno de la vida
  - ☐ No espero nada. Esto no tiene remedio
3. Sentimientos de fracaso
  - ☐ He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
  - ☐ He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
  - ☐ Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
  - ☐ No me considero fracasado
  - ☐ Veo mi vida llena de fracasos
4. Insatisfacción
  - ☐ Ya nada me llena
  - ☐ Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
  - ☐ Ya no me divierte lo que antes me divertía
  - ☐ No estoy especialmente insatisfecho
  - ☐ Estoy harto de todo
5. Sentimientos de culpa
  - ☐ A veces me siento despreciable y mala persona
  - ☐ Me siento bastante culpable
  - ☐ Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
  - ☐ Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
  - ☐ No me siento culpable
6. Sentimientos de castigo
  - ☐ Presiento que algo malo me puede suceder
  - ☐ Siento que merezco ser castigado
  - ☐ No pienso que esté siendo castigado
  - ☐ Siento que me están castigando o me castigarán
  - ☐ Quiero que me castiguen
7. Odio a sí mismo
  - ☐ Estoy descontento conmigo mismo
  - ☐ No me aprecio
  - ☐ Me odio (me desprecio)
  - ☐ Estoy asqueado de mí
  - ☐ Estoy satisfecho de mí mismo
8. Autoacusación
  - ☐ No creo ser peor que otros
  - ☐ Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
  - ☐ Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
  - ☐ Siento que tengo muchos y muy graves defectos
  - ☐ Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
9. Impulsos suicidas
  - ☐ Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
  - ☐ Siento que estaría mejor muerto
  - ☐ Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
  - ☐ Tengo planes decididos de suicidarme
  - ☐ Me mataría si pudiera
  - ☐ No tengo pensamientos de hacerme daño
10. Períodos de llanto
  - ☐ No lloro más de lo habitual
  - ☐ Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
  - ☐ Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
  - ☐ Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad
- ☐ No estoy más irritable que normalmente
  - ☐ Me irrito con más facilidad que antes
  - ☐ Me siento irritado todo el tiempo
  - ☐ Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
- 
12. Aislamiento social
- ☐ He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
  - ☐ Me intereso por la gente menos que antes
  - ☐ No he perdido mi interés por los demás
  - ☐ He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
- 
13. Indecisión
- ☐ Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
  - ☐ Tomo mis decisiones como siempre
  - ☐ Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
  - ☐ Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
- 
14. Imagen corporal
- ☐ Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
  - ☐ Me siento feo y repulsivo
  - ☐ No me siento con peor aspecto que antes
  - ☐ Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
- 
15. Capacidad laboral
- ☐ Puedo trabajar tan bien como antes
  - ☐ Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
  - ☐ No puedo trabajar en nada
  - ☐ Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
  - ☐ No trabajo tan bien como lo hacía antes
- 
16. Trastornos del sueño
- ☐ Duermo tan bien como antes
  - ☐ Me despierto más cansado por la mañana
  - ☐ Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
  - ☐ Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
  - ☐ Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
  - ☐ Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
  - ☐ Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
  - ☐ No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
- 
17. Cansancio
- ☐ Me canso más fácilmente que antes
  - ☐ Cualquier cosa que hago me fatiga
  - ☐ No me canso más de lo normal
  - ☐ Me canso tanto que no puedo hacer nada
- 
18. Pérdida de apetito
- ☐ He perdido totalmente el apetito
  - ☐ Mi apetito no es tan bueno como antes
  - ☐ Mi apetito es ahora mucho menor
  - ☐ Tengo el mismo apetito de siempre
- 
19. Pérdida de peso
- ☐ No he perdido peso últimamente
  - ☐ He perdido más de 2,5 kg
  - ☐ He perdido más de 5 kg
  - ☐ He perdido más de 7,5 kg
- 
20. Hipocondría
- ☐ Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
  - ☐ Estoy preocupado por dolores y trastornos
  - ☐ No me preocupa mi salud más de lo normal
  - ☐ Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
- 
21. Libido
- ☐ Estoy menos interesado por el sexo que antes
  - ☐ He perdido todo mi interés por el sexo
  - ☐ Apenas me siento atraído sexualmente
  - ☐ No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo



*Instrucciones:* Este es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

- 1 ☐ No me encuentro triste  
☐ Me siento triste o melancólico  
☐ Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo  
☐ Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo
- 2 ☐ No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro  
☐ Me siento desanimado respecto al futuro  
☐ No tengo nada que esperar del futuro  
☐ No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar
- 3 ☐ No me siento fracasado  
☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas  
☐ Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos  
☐ Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)
- 4 ☐ No estoy particularmente descontento  
☐ No disfruto de las cosas como antes  
☐ No encuentro satisfacción en nada  
☐ Me siento descontento de todo
- 5 ☐ No me siento particularmente culpable  
☐ Me siento malo o indigno muchas veces  
☐ Me siento culpable  
☐ Pienso que soy muy malo e indigno
- 6 ☐ No me siento decepcionado conmigo mismo  
☐ Estoy decepcionado conmigo mismo  
☐ Estoy disgustado conmigo mismo  
☐ Me odio
- 7 ☐ No tengo pensamientos de dañarme  
☐ Creo que estaría mejor muerto  
☐ Tengo planes precisos para suicidarme  
☐ Me mataría si tuviera ocasión
- 8 ☐ No he perdido el interés por los demás  
☐ Estoy menos interesado en los demás que antes  
☐ He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos  
☐ He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto
- 9 ☐ Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes  
☐ Trato de no tener que tomar decisiones  
☐ Tengo grandes dificultades para tomar decisiones  
☐ Ya no puedo tomar decisiones
- 10 ☐ No creo que mi aspecto haya empeorado  
☐ Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo  
☐ Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo  
☐ Siento que mi aspecto es feo y repulsivo
- 11 ☐ Puedo trabajar igual de bien que antes  
☐ Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo  
☐ Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa  
☐ No puedo realizar ningún trabajo
- 12 ☐ No me canso más que antes  
☐ Me canso más fácilmente que antes  
☐ Me canso por cualquier cosa  
☐ Me canso demasiado por hacer cualquier cosa
- 13 ☐ Mi apetito no es peor de lo normal  
☐ Mi apetito no es tan bueno como antes  
☐ Mi apetito es ahora mucho peor  
☐ He perdido el apetito

-FUENTE: Beck A, Rush, A, Shaw B, Emery G. Cognitive therapy of depression. Guilford Press. New York; 1979.

## Anexo 2

Below is a list of some of the ways you may have felt or behaved. Please indicate how often you've felt this way during the **past week**. Respond to all items.

Place a check mark (✓) in the appropriate column. During the past week...	Rarely or none of the time (less than 1 day)	Some or a little of the time (1-2 days)	Occasionally or a moderate amount of time (3-4 days)	All of the time (5-7 days)
1. I was bothered by things that usually don't bother me.				
2. I did not feel like eating; my appetite was poor.				
3. I felt that I could not shake off the blues even with help from my family.				
4. I felt that I was just as good as other people.				
5. I had trouble keeping my mind on what I was doing.				
6. I felt depressed.				
7. I felt that everything I did was an effort.				
8. I felt hopeful about the future.				
9. I thought my life had been a failure.				
10. I felt fearful.				
11. My sleep was restless.				
12. I was happy.				
13. I talked less than usual.				
14. I felt lonely.				
15. People were unfriendly.				
16. I enjoyed life.				
17. I had crying spells.				
18. I felt sad.				
19. I felt that people disliked me.				
20. I could not "get going."				

FUENTE: Radloff L. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement. 1977;(1): 385-401.

### Anexo 3

#### ESCALA DE EDINBURGO

Dado que Usted está embarazada, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor, marque la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

ED.1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:

- 0. Tanto como siempre
- 1. No tanto ahora
- 2. Mucho menos ahora
- 3. No, nada

ED.2. He disfrutado mirar hacia adelante:

- 0. Tanto como siempre
- 1. Menos que antes
- 2. Mucho menos que antes
- 3. Casi nada

ED.3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente

- 3. Sí, la mayor parte del tiempo
- 2. Sí, a veces
- 1. No con mucha frecuencia
- 0. No, nunca

ED.4. He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo:

- 0. No, nunca
- 1. Casi nunca
- 2. Sí, a veces
- 3. Sí, con mucha frecuencia

ED.5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:

- 3. Sí, bastante
- 2. Sí, a veces
- 1. No, no mucho
- 0. No, nunca

ED.6. Las cosas me han estado abrumando:

- 3. Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
- 2. Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
- 1. No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
- 0. No, he estado haciendo las cosas bastante bien como siempre

ED.7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:

- 3. Sí, la mayor parte del tiempo
- 2. Sí, a veces

- 1. No con mucha frecuencia
- 0. No, nunca

ED.8. Me he sentido triste o desgraciada:

- 3. Sí, la mayor parte del tiempo
- 2. Sí, bastante a menudo
- 1. No con mucha frecuencia
- 0. No, nunca

ED.9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:

- 3. Sí, la mayor parte del tiempo
- 2. Bastante a menudo
- 1. Sólo ocasionalmente
- 0. No, nunca

ED.10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:

- 3. Sí, bastante a menudo
- 2. A veces
- 1. Casi nunca
- 0. Nunca

FUENTE: Alvarado R, Guajardo V, Rojas G. Validación De La Escala De Edimburgo Para Embarazadas, 2012.